TITRES SCIENTIFIQUES

EXPOSÉ DES TRAVAUX

DU

Dr Léon PERRIN

MARSEILLE
IMPRIMERIE MARSEILLAISE
39, Rue Sainte, 39

1897

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 1

TITRES ET FONCTIONS

Ancien Interne des hôpitaux de Paris, de l'hôpital Saint-Louis et de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de la Faculté de Médecine de Paris (1882-1886).

Collaborateur, aux *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* depuis l'année 1883.

Médaille de Bronze, de l'Assistance publique.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix Godard, 1886).

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Marseille.

Membre correspondant de la Société Anatomique.

Membre et Secrétaire annuel de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Médecin du Bureau de Bienfaisance de Marseille pour les *maladies de la peau*, depuis l'année 1887.

Médecin du Dispensaire des enfants malades (*maladies de la Peau*).

Policlinique *dermato-syphiligraphique* personnelle (consultations gratuites).

Autorisé à faire un cours libre de *dermatologie* à l'Ecole de médecine de Marseille, en 1892.

EXPOSÉ DES TRAVAUX

SOMMAIRE

Les divers travaux dont nous allons donner un exposé sommaire se rapportent à la *dermatologie*, à la *syphiligrahie* et à la *vénéréologie.*

I. — En DERMATOLOGIE, nous avons abordé, étudié des sujets divers; on peut pourtant grouper et ranger ces publications de la manière suivante :

Les *tumeurs de la peau* ont fait l'objet d'un certain nombre de travaux sur la *Sarcomatose cutanée,* — le *Sarcome cutané généralisé idiopathique à cellules géantes,* — *une variété de Sarcomes kystiques,* — la *Ladrerie chez l'homme,* — la *Dégénérescence colloïde du derme (Colloïdome miliaire),* — le *Xeroderma pigmentosum.*

Nos recherches sur les *Leucoplasies* et *Epithéliomas leucoplasiques* comprennent six mémoires parus de 1889 à 1896, dans lesquels nous avons essayé d'élucider les points obscurs de cette affection qui intéresse autant le dermatologiste que le chirurgien. Nous nous sommes attaché principalement à l'étude des lésions histologiques, des rapports de l'épithéliomatose avec les leucokératoses, et, nous appuyant sur un certain nombre de faits démonstratifs, suivis pendant plusieurs années, nous nous sommes déclaré partisan convaincu du traitement chirurgical dans les leucoplasies.

Nous devons rapprocher de ces travaux deux faits de *posthite chro-*

nique d'aspect leucoplasique semblant indiquer la possibilité de la leucoplasie préputiale.

Dans les *Eczémas*, nous avons décrit les *eczémas des nourrissons et des enfants de 2 à 15 ans ;* nous nous sommes livré à une étude *bactériologique de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique et, dans l'eczéma pilaire récidivant de la lèvre supérieure* (eczéma sous-narinaire, impétigo sycosiforme); enfin, nous avons le premier publié des *faits cliniques semblant prouver la contagiosité et la transmissibilité de l'eczéma séborrhéique des régions inguinales*.

Un certain nombre de mémoires divers, d'études dermatologiques, de communications aux sociétés scientifiques, comprennent les publications suivantes : *Des Névrodermies parasitophobiques* dans lesquelles nous décrivons les parasitophobies secondaires à une invasion réelle de parasites et les parasitophobies primitives chez des individus indemnes non seulement de toute affection parasitaire, mais encore redoutant d'avoir été contaminés ; — *Eruptions d'origine sudorale (pyodermites sudorales)* avec examen histologique montrant qu'il s'agit, dans ces cas, non seulement de folliculites pilo-sébacées, mais aussi d'*Abcès sudoripares ;* — cas *divers de Sclérodermies ;* — De la *Rubéole ;* — *Paralysie faciale périphérique consécutive à un zona cervico-occipital ;* — *Lupus érythémateux (séborrhée congestive de Hebra) ;* — *Sclérose des corps caverneux chez les goutteux ;* — *Fréquence et localisations de l'Impétigo chez les enfants*.

En *Pathologie cutanée exotique*, nous avons relaté un certain nombre de *cas de Lèpre*, — de *Filaire de Médine*, — de *Chiques*.

Au point de vue thérapeutique, nos publications sont les suivantes : *Traitement des Acnés rebelles par la cautérisation ignée*, — *Médication ignée dans les maladies de la peau*, — note sur le traitement de *la Pelade en aires*, — *De l'Iodisme* (cas d'érythème noueux).

II. — En Syphiligraphie, nos recherches ont été spécialement dirigées en 1883 *sur la Syphilis héréditaire tardive* — question à l'étude à cette époque. — Nous avons ensuite publié une *statistique sur les*

Chancres extra-génitaux ; — un cas de *syphilis vaccinale;* — une revue sur les *injections mercurielles dans le traitement de la syphilis*, en faisant connaître les résultats thérapeutiques auxquels nous sommes arrivé par cette méthode dans notre pratique courante.

III. — En Vénéréologie, nous avons relaté et discuté un cas de *Blennorrhagie aiguë avec balano-posthite gangréneuse*, suivie de phénomènes infectieux graves : *pleurésie diaphragmatique, arthrite sterno-claviculaire et phlébite double des membres inférieurs ; guérison.* — Dans un mémoire sur les *Déterminations cutanées de la Blennorrhagie*, nous avons repris l'étude de ces dermopathies, qui dérivent directement soit de la blennorrhagie, soit des balsamiques.

I. — DERMATOLOGIE

TUMEURS DE LA PEAU

1. — De la sarcomatose cutanée (1)

(Mémoire récompensé par l'Académie de Médecine, prix Godard.)

C'est une étude d'ensemble de cette importante question qui n'avait pas été faite en France ; elle est basée sur cinquante-quatre observations inédites et renferme une planche chromolithographiée permettant de bien comprendre l'histologie d'un des cas de sarcome cutané, généralisé, primitif, non mélanique qui nous sont personnels. Le but de ce mémoire a été d'apporter un peu de clarté dans ce coin si obscur de la pathologie, de classer et de coordonner les documents épars, de décrire avec plus de précision et de détails des types connus et d'ébaucher des types nouveaux.

Avant d'aborder l'étude de la Sarcomatose cutanée, nous cherchons à établir ce qu'il faut entendre, à l'heure actuelle, sous le nom de sarcome : après un exposé succinct et aussi net que possible des idées qui ont cours sur cette variété de néoplasme, nous faisons connaître la classification anatomique que nous adoptions en insistant sur les réelles difficultés que présente le diagnostic anatomique de certains sarcomes, difficultés telles que les histologistes de profession hésitent eux-mêmes dans beaucoup de cas; il faut donc chercher la caractéristique du sarcome dans sa marche clinique.

Ces prémisses posées, abordant la description des sarcomes de la peau, nous les divisons en deux grandes classes : 1° les sarcomes mélaniques qui constituent un groupe parfaitement distinct et défini ; 2° les sarcomes non mélaniques, que nous subdivisons tout d'abord en primitifs, idiopathiques et en secondaires, métastatiques.

Dans les sarcomes non mélaniques primitifs, il faut de plus distinguer deux groupes : 1° les généralisés primitifs ; 2° les localisés primitifs.

(1) *De la Sarcomatose cutanée*, in-8° de 291 pages, avec planche chromolithographiée. Steinheil, Paris, 1886.

A) — Sarcomes non mélaniques généralisés primitifs de la peau. — La description en est faite avec les documents recueillis dans les publications françaises, mais surtout étrangères, et plusieurs inédits personnels. La critique de ces observations montre qu'elles ne sont pas comparables entre elles et que leur mode de début, leur évolution, leur aspect extérieur, leur anatomie pathologique présentent des différences assez importantes. Nous en distinguons deux grands groupes : 1° le type Kaposi (*sarcome pigmentaire multiple idiopathique*) débutant habituellement par les extrémités ; 2° *le type hypodermique globo-cellulaire simple* ; entre ces deux types principaux, il en existe d'autres intermédiaires. Après la description clinique et histologique des divers types, en mettant surtout en relief le premier, nous faisons remarquer que, quoique nos recherches aient été négatives, la sarcomatose cutanée généralisée nous paraissait être, autant à cause de son évolution que de ses lésions, une affection de nature microbienne. — Comme traitement, nous préconisons les injections sous-cutanées d'arsenic.

B) — Rapports du Mycosis fongoïde et de la Sarcomatose généralisée primitive. — Après une discussion des faits publiés, nous les groupons en trois catégories distinctes : 1° *Mycosis fongoïde vrai, type Bazin ;* 2° *Mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée*, formées par du tissu lymphoïde mélangé à du tissu sarcomateux pur, débutant par le corps papillaire avec absence de leucocythémie ; 3° *Tumeurs leucémiques de la peau* (type Biesadecki, Philipart et Kaposi) *(Lymphodermia perniciosa)*, précédées quelquefois d'une période eczématiforme et lichénoïde, formées par du tissu réticulé, débutant par l'hypoderme accompagnées de leucocythémie.

Les faits du second groupe rentrent pour nous dans la sarcomatose primitive généralisée de la peau, et nous les décrivons sous le nom de *Sarcomatose généralisée primitive de la peau à forme pseudo-mycosique.*

C) — Sarcomes non mélaniques généralisés secondaires. — Divisés en deux grands groupes selon que la tumeur primitive est cutanée ou viscérale : 1° sarcome cutané primitif localisé ; possibilité de l'infection cutanée secondaire ; 2° tumeur primitive viscérale ou ganglionnaire, sarcomatose cutanée secondaire. — Etude clinique et anatomique de ces divers groupes.

D) — Description dans un dernier chapitre des *Sarcomes mélaniques primitifs de la peau.*

Un index bibliographique étendu termine ce mémoire.

2. — Sarcome cutané généralisé idiopathique à cellules géantes (1).

Nous montrons dans ce travail que les cas de sarcomes de la peau sont loin d'être comparables entre eux ; que les sarcomes généralisés primitifs ne constituent pas un groupe parfaitement distinct ; leurs variétés cliniques sont nombreuses et leur étude histologique présente souvent de réelles difficultés d'interprétation ; il n'y a pas, en effet, un sarcome multiple idiopathique de la peau, mais des types différents de sarcomatose cutanée. Le cas publié dans ce travail en est un exemple : histologiquement, c'est un sarcome à cellules géantes, se rapprochant par ses caractères des maladies infectieuses ; cliniquement, il est absolument différent de ceux du type Kaposi, qui débutent par les extrémités ; il est à rapprocher des autres variétés cliniques de sarcomes dont le début a lieu par des productions morbides, plus ou moins nombreuses, apparaissant sans *localisation systématique.*

M. Leredde, dans une étude histologique détaillée de ce cas, remarque qu'en présence des lésions qu'il a constatées et décrites, en voyant les cellules géantes, les éléments lymphatiques nombreux qui parsèment les nodules, on pense à une maladie infectieuse ; quoiqu'il n'ait pu par aucun procédé colorer en aucun point des microbes, quoi qu'il n'y ait dans les cellules géantes aucun bacille, il est difficile de ne pas être frappé de la présence dans un néoplasme d'altérations cellulaires qui appartiennent essentiellement aux infections. Les faits cliniques corroborent cette impression.

3. — Variété de Sarcomes kystiques (2).

C'est un cas de sarcome siégeant sur la partie moyenne et antérieure de la cuisse ; il fut opéré une première fois par l'excision profonde de tous

(1) *Sarcome cutané généralisé idiopathique à cellules géantes.* — Étude histologique par le docteur Leredde. (Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Paris, 1896.)

(2) *Note sur une variété de Sarcomes kystiques.* — Étude histologique par le docteur Roger. (*Archives de médecine expérimentale,* 1889, pp. 464-469.)

les tissus malades; la récidive se fit dans la cicatrice; la cuisse fut amputée; seconde récidive sur le moignon; désarticulation du fémur; mort par généralisation viscérale dans les poumons.

M. le docteur Roger a fait de ce cas une étude histologique fort intéressante. Au niveau de la cuisse, la tumeur est essentiellement constituée par du tissu fibreux, parcouru par des vaisseaux bien organisés; la nature aurait été difficile à déterminer sans l'examen des tumeurs pulmonaires. Celles-ci reproduisent le type bien connu des sarcomes fasciculés, mais sont remarquables par la présence, dans leur partie centrale, d'une petite masse sanguine. On peut décrire à chaque tumeur trois zones : 1° une centrale formée par un lac sanguin; 2° les contours de ce lac, c'est-à-dire le tissu néoplasique; 3° à la périphérie, le parenchyme pulmonaire altéré. La limite entre les deux dernières zones n'est pas très nette. Quant au tissu néoplasique, il est formé de cellules fusiformes limitant de nombreuses lacunes sanguines, anastomosées entre elles et allant se jeter dans le lac central.

Cette observation, qu'on peut rapprocher du cas publié par M. Cornil, sous le nom de « *kyste sarcomateux* », est surtout intéressante par la transformation en kystes sanguins de tous les néoplasmes pulmonaires sans exception, même les plus petits.

4. — **Lympho-sarcome du cou** (1).

Nous avons présenté ce malade à l'Association française pour l'avancement des sciences. Il était inopérable; nous l'avons traité par les injections sous-cutanées d'arsenic; bien tolérées, elles ont retardé l'évolution de la maladie.

5. — **De la Ladrerie chez l'homme** (2).

Dans la première partie de ce travail nous rappelons le cycle biologique des tœnias armé et inerme et comment les animaux et l'homme deviennent ladres. L'homme est infesté comme les animaux par des œufs introduits

(1) *Lympho-sarcome du cou.* (Association française pour l'avancement des sciences, Marseille, 1891.)

(2) *De la Ladrerie chez l'homme.* (2e congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, Vienne, 1892.)

dans son estomac avec les aliments ou les boissons ; de plus il pourrait devenir ladre, dans les cas de coexistence du tœnia et des cysticerques, à la suite d'absorption des œufs de son propre parasite. Cette hypothèse d'auto-infection, émise pour la première fois par Broca, quoique constituant une exception flagrante à la loi de génération alternante, a paru rationnelle à plusieurs observateurs qui en ont admis la possibilité. Le cas que nous rapportons dans ce travail est un nouvel exemple de cysticerques coexistant avec un tœnia solium ; il est à ajouter aux trente-quatre cas semblables publiés que nous avons pu relever.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous insistons sur le nombre croissant depuis plusieurs années des cas de tœnia inerme et sur la diminution de fréquence dans certains pays du tœnia solium et des observations de ladrerie humaine. A Marseille, comme dans les autres pays, la fréquence du tœnia inerme est manifeste ; elle paraît due à ce fait que les bœufs qui servent à l'alimentation, provenant surtout de l'Algérie et de l'Italie, sont abattus peu après leur arrivée. Le tœnia solium est, au contraire, très rare dans notre région, et la ladrerie chez le porc a diminué de fréquence d'une manière considérable.

La troisième partie de ce travail est consacrée à l'étude de la prophylaxie de la ladrerie pour le tœnia solium et pour le tœnia inerme. Elle est de la plus haute importance. Rien n'étant mieux démontré que la filiation du cysticerque ladrique et du tœnia solium, et celle du cysticœrcus bovis et du tœnia inerme, toutes les mesures doivent avoir pour but d'arriver au résultat de rendre le ver rubanaire moins fréquent chez l'homme : le porc et le bœuf seront alors moins exposés à être infestés de cysticerques ; et, réciproquement, que ces animaux soient moins souvent ladres, l'homme aura moins de chances de contracter le tœnia. Des mesures hygiéniques s'adressent donc à l'homme et aux animaux.

6. — De la Dégénérescence colloïde du derme (1). (Colloïdome miliaire)

La rareté de cette affection est telle, que tout cas nouvellement observé est important à étudier, autant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique. L'intérêt de cette étude était encore plus grand en 1892, quand

(1) *De la Dégénérescence colloïde du derme (Colloïdome miliaire)*. (2e congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, Vienne, 1892.)

nous avons publié ce travail; car, en 1890, L. Phillipson, se basant sur deux observations cliniques et ses études histologiques, cherchait à assimiler les cystadénomes à la dégénérescence colloïde du derme. Notre excellent maître M. E. Besnier avait déjà fait des réserves sur ces analogies cliniques et histologiques dans ses annotations à l'ouvrage du professeur Kaposi.

Le cas que nous avons fait connaître est un nouveau fait à l'appui de l'opinion soutenue par M. E. Besnier. Cliniquement il est semblable à ceux publiés par ce maître, par Feulard, par Liveing; les lésions sont uniformes, toutes semblables, limitées au visage, à la face dorsale des mains; elles ne sont pas congénitales, ni anciennes; l'aspect des éléments éruptifs est vésiculoïde et brillant. L'examen histologique fait par M. Reboul montre que les altérations portent uniquement sur les éléments conjonctifs, les fibres conjonctives de la peau: d'abord un simple épaississement, puis une réfringence plus grande, la dégénérescence colloïde et enfin la formation de blocs colloïdes. On ne peut donc considérer ce cas comme un épithélioma bénin de la peau, un cystadénome avec dégénérescence colloïde; il s'agit bien d'une dégénérescence colloïde des éléments conjonctifs du derme, sous la dépendance d'un trouble de la nutrition des éléments de celui-ci, mais dont il ne faut pas placer le point de départ dans les épithéliomas.

7. — **Xeroderma pigmentosum** (1).

C'est une affection cutanée, innée ou congénitale, mais apparaissant un certain temps après la naissance; il n'en existe qu'une soixantaine d'exemples dans la littérature médicale. Celui que nous rapportons est absolument caractéristique; les lésions siègent sur les parties découvertes; elles sont constituées au début par des taches rouges, auxquelles succèdent des taches pigmentaires qui, en d'autres points, se développent d'emblée; puis la peau devient lisse et rugueuse, sèche, s'atrophie; des télangiectasies, en forme d'arborisations, se développent dans les points atrophiés et ultérieurement apparaissent de petites tumeurs épithéliales, d'abord à peine saillantes, verruciformes, plus tard volumineuses, pouvant disparaître spontanément par exfoliation, laisser des cicatrices sèches et lisses ou évoluer suivant le type des épithéliomas cutanés. En somme,

(1) *Xeroderma pigmentosum*. (*Marseille Médical*, 1896.)

les taches rouges et pigmentaires, la sécheresse de la peau, l'atrophie cutanée, les télangiectasies et autres lésions trophiques constituent les phases préépithéliomateuses, puis se manifestent les productions de carcinome épithélial; le pronostic est alors celui de l'épithélioma multiple.

LEUCOPLASIES ET EPITHELIOMAS LEUCOPLASIQUES

8. — **Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale. Décortication de la langue par le thermo-cautère. Guérison. Pas de récidive après l'opération,** (1er congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie, Paris, 1889.)

9. — **Utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans les Leucokératoses de la bouche et de la vulve.** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 3e série, t. II, novembre 1891.)

10. — **Leucokératoses linguale et labiale avec état papillomateux et dégénérescence épithéliomateuse. Guérison durable.** (*Marseille Médical*, 1892.)

11. — **Traitement chirurgical des Leucoplasies linguale et labiale.** (3e congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie, Londres, août 1896.)

12. — **Epithéliomas et Leucoplasies.** (Association française pour l'avancement des sciences, Marseille, 1891.)

13. — **Observations nouvelles de Leucoplasies.** (In Epithélioma leucoplasique de la langue, par Cestan, *Archives générales de médecine*, juillet et août 1897.)

Dans divers mémoires sur les *Leucoplasies et Epithéliomas leucoplasiques* des régions bucco-linguales et vulvaires, nous avons abordé, discuté, essayé d'élucider les points obscurs contestés et contestables de cette curieuse affection qui intéresse autant le dermatologiste que le chirurgien.

On sait que les lésions histologiques de la leucoplasie sont caractérisées par la transformation cornée de l'épithelium, l'hyperkératinisation, par l'apparition d'une couche de cellules à éléidine, par l'épaississement scléreux du derme; d'après un certain nombre d'examens qui accompagnent les cas que nous avons observés, nous montrons que l'anatomie pathologique des

leucokératoses est loin d'avoir toujours cette netteté. Certains de nos examens, un entre autres dû à M. Marfan et que notre maître M. Ernest Besnier a rappelé dans la remarquable étude qu'il a faite des leucokératoses, montre que l'éléidine peut persister jusque dans les couches superficielles de l'épithélium sans pouvoir aboutir à la kératinisation vraie; qu'il existe un certain nombre de plaques leucoplasiques où l'éléidine se montre diffuse dans toute l'épaisseur des couches superficielles et d'autres où l'épaisseur des strates hyperkératinisées contraste avec l'absence ou le faible développement des cellules à éléidine.

Nous avons longuement et à diverses reprises étudié les rapports de l'épithéliomatose avec les leucokératoses ; nos examens histologiques démontrent que l'épithéliomisation ne débute pas toujours, comme l'avait indiqué Leloir, aux points où il y a dékératinisation par exulcération ou fissure et plus rarement au niveau d'un épaississement papillomateux. Dans plusieurs faits que nous avons rapportés, nous avons vu les cellules cornées se transformer par places en globes épidermiques, ces globes épidermiques apparaissant au sein des couches épithéliales non dékératinisées. A l'heure actuelle, cette opinion n'est pas contestée : il est admis que cette dékératinisation, indiquée par Leloir comme habituelle, est loin de se retrouver toujours, et plusieurs faits semblables à ceux que nous avions antérieurement publiés signalent expressément la présence de lésions épithéliales évidentes à côté ou au-dessous d'épaisses formations cornées sans fissure ni craquelure préalables. (Cestan.)

Ce fait anatomique est de la plus grande importance pour les rapports de l'épithélioma et des leucoplasies ; il démontre que l'épithélioma n'est pas seulement un simple accident causé par les modifications et irritations mécaniques (frottements, tabac, alcool, etc.) de la plaque cornée qui devient le siège d'ulcération ou de fissure (dékératinisation), mais que cet épithélioma doit être considéré comme la phase terminale de la leucokératose, phase possible sans ulcération ou fissure préalables.

Sans doute nous n'avons pas voulu dire que les rapports de la leucokératose et de l'épithélioma sont toujours inévitables et nécessaires ; les faits observés permettent seulement de conclure, comme l'a fait M. Cestan dans un travail récent où il donne un bon exposé denos diverses publications, que l'épithélioma n'est pas un simple accident ou une complication des leucokératoses, mais que c'est un de leurs modes évolutifs ; c'est leur aboutissant non pas constant, mais naturel, et une plaque de leucoplasie linguale doit être considérée comme un cancer en puissance.

Ces notions anatomopathologiques, confirmées par les faits cliniques que nous avons rapportés conduisent à des déductions thérapeutiques de la plus grande importance pratique. C'est appuyé sur elles, que nous avons publié notre mémoire sur l'utilité de l'*intervention chirurgicale précoce dans les leucoplasies*. Il faut intervenir dans le cours de la longue période préépithéliomateuse; pour nous le véritable traitement des leucokératoses est leur ablation complète par les moyens chirurgicaux ; elle évite aux malades de longues tortures morales, des médications topiques aussi assujettissantes et ennuyeuses qu'inefficaces ; surtout elle met à l'abri de la complication que l'on doit toujours redouter, de l'évolution vers l'épithélioma. Or, pour éviter cette terminaison fatale, il ne faut pas attendre qu'elle commence à se produire, il faut la prévenir, il faut opérer alors qu'il n'y en a pas vestige. Les résultats que nous avons obtenus à cet égard sont des plus encourageants. Un certain nombre de leucoplasiques avec ou sans dégénérescence épithéliomateuse, qui ont été opérés par nous et qui sont et restent sous notre observation depuis neuf et sept ans pour les plus anciens, depuis quatre ans et dix-huit mois pour trois d'entre eux, depuis un an et dix mois pour les plus récents, sont les uns et les autres des exemples de guérison durable et montrent le bénéfice que les malades ont tiré de l'intervention précoce et complète.

Malheureusement tous les leucoplasiques ne veulent pas se soumettre, en l'absence de toute ulcération, de toute fissure douloureuse, à la destruction entière des plaques. On doit alors surveiller avec le plus grand soin la leucokératose et, dès que l'on aperçoit le moindre changement dans l'état des parties atteintes, une végétation qui fasse songer à un papillome en voie de formation, il ne faut pas hésiter à opérer.

Si, au lieu d'une végétation, c'est une ulcération légère qui se produit, on peut essayer un traitement médical et hygiénique pendant deux ou trois semaines ; mais, si les choses restent en l'état, on doit intervenir. Quand le malade est un ancien syphilitique, on peut faire une tentative spécifique avec la surveillance indispensable ; si l'amélioration ne se produit pas rapidement, on est fixé sur la nature cancéreuse du mal.

Pour nous, l'ablation précoce et complète des leucokératoses des muqueuses s'impose comme une nécessité absolue.

14. — Posthite chronique d'aspect leucoplasique (1).

15. — Nouveau cas de Balano-posthite chronique leucoplasique avec examen histologique (2).

Nous rapprochons ces deux faits de nos diverses publications sur les leucoplasies et épithéliomas leucoplasiques. En nous appuyant sur ces deux faits inédits, nous posons la question de l'existence de la leucoplasie sur la muqueuse balano-préputiale. Nous montrons que, puisque la leucoplasie siége sur les régions vulvo-vaginales, aucune objection ne peut être formulée pour son existence sur le prépuce chez l'homme. Les organes génitaux externes de la femme sont, en effet, comme le prépuce de l'homme, des replis de la peau et ont dans les deux sexes la même structure anatomique ; cliniquement les deux faits que nous avons publiés semblent indiquer la possibilité de la leucoplasie préputiale. Notre première observation a été publiée en 1892, avec les plus extrêmes réserves, sous le nom de *Posthite chronique d'aspect leucoplasique*, elle manquait de toute sanction anatomo-pathologique ; la seconde observation, au contraire, ne laisse rien à désirer à cet égard : l'examen histologique fait par M. Leredde montre que ce fait se rapporte évidemment à un processus inflammatoire intense avec hyperkératose du derme et de l'épiderme, comme on l'observe dans la leucoplasie au début, avant la dégénérescence épithéliomateuse.

ECZÉMAS

16. — Eczémas des nourrissons et des enfants de 2 à 15 ans (3).

Ce travail basé sur une centaine d'observations a eu pour objet d'étudier les eczémas que l'on observe chez les nourrissons et chez les enfants plus âgés, de 2 à 15 ans.

(1) *Posthite chronique d'aspect leucoplasique. Annales de Dermatologie de Syphiligraphie*, p. 22 ; 3e série, t. III, 1892.)

(2) *Nouveau cas de Balano-posthite chronique leucoplasique, avec examen histologique*, par le Dr Leredde. (Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1897.)

(3) *Maladies de la Peau observées au Dispensaire des Enfants malades. (Marseille Médical, 1895.)*

Au point de vue des régions atteintes chez les nourrissons, le siège de prédilection des éruptions eczémateuses se trouve au cuir chevelu et à la face, et, lorsque la dermite s'étend aux membres et au tronc, le plus souvent le cuir chevelu et la face sont atteints, ou ont été atteints à un moment donné.

Chez les enfants de 2 à 15 ans, dans près de la moitié des cas, en opposition avec ce que l'on observe chez les nourrissons, le cuir chevelu est indemne et c'est à la face seulement qu'existent les lésions ; elles présentent soit le type de l'eczéma séborrhéique soit le type d'eczéma scrofulo-tuberculeux, lequel siège à la partie médiane de la face, aux orifices muqueux de l'œil, du nez et de la bouche.

Chez les nourrissons, comme chez les enfants plus âgés, c'est le type séborrhéique qui est le plus souvent observé ; comme variétés, si, chez l'adulte, il est le plus souvent érythémato-squameux, dans l'enfance il est suintant et croûteux, la secrétion devient même facilement purulente ; c'est une infection secondaire produite par le staphylocoque, l'eczéma est alors dit *impétiginisé*.

L'étude des causes et de la pathogénie des eczémas nous a fait passer en revue quel est le rôle de la suralimentation, du rachitisme, de la dentition.

17. — Bactériologie clinique de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire (1).

Nous avons recherché si la lèvre supérieure et les orifices narinaires à l'état normal présentaient des microbes pyogènes, quelle était la virulence de ces microbes et quel pouvait être leur rôle dans l'eczéma pilaire récidivant de la lèvre supérieure. Pour élucider cette question, nous avons d'abord étudié la bactériologie de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique ; nous avons fait ensuite des examens bactériologiques de ces mêmes régions atteintes d'eczéma récidivant.

Des observations faites sur des sujets sains ayant la lèvre supérieure et les cavités narinaires à l'état physiologique, nous avons tiré les conclusions

(1) *Bactériologie clinique de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire.* (Société française de Dermatologie, session tenue à Lyon, 1894.)

suivantes : 1° qu'il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires de l'homme des microorganismes en certain nombre ; que le staphylocoque blanc est l'hôte habituel et parfois exclusif de ces régions, mais que le plus souvent aussi il est accompagné du staphylocoque jaune ; 2° ces microorganismes sont capables de se cultiver rapidement sur les milieux artificiels et ces cultures inoculées dans la cornée du lapin ne produisent pas de lésions.

Les cultures provenant des eczémateux sont, au contraire, d'autant plus abondantes et plus fertiles que les lésions de la lèvre sont plus accentuées, la virulence est plus marquée : en effet, tandis que nos inoculations faites avec des cultures provenant de sujets sains ont toutes été négatives, un certain nombre ont été positives avec des cultures provenant d'eczémateux. Ces inoculations avaient été faites avec des colonies jaunes. Le staphylocoque doré paraît donc jouer un rôle important dans la production de l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure.

Chez les arthritiques, sous l'influence de causes excitantes, d'une irritation exterieure quelconque, mais surtout sous l'influence des coryzas dont certains arthritiques sont si fréquemment atteints, les microorganismes existant sur la lèvre supérieure à l'état normal peuvent proliférer, acquérir une virulence plus grande, proliférer dans l'épiderme et ses annexes et produire ainsi les lésions que l'on constate dans l'eczéma pilaire avec les rémissions et les exacerbations que l'on observe suivant les saisons.

18. — Faits cliniques semblant prouver la contagiosité et la transmissibilité de l'Eczéma séborrhéique des région inguinales (1).

Ce sont les premiers documents cliniques publiés sur cette question de la contagiosité et de la transmissibilité de l'eczéma séborrhéique. Ces faits se rapportent à cinq cas très nets, dans lesquels nous avons pu suivre la contagion d'un sujet à l'autre ; la confrontation a pu être faite chez les uns et chez les autres.

Ces faits sont-ils de simples coïncidences, ou doit-on les considérer

(1) *Faits cliniques semblant prouver la contagiosité et la transmissibilité de l'Eczéma séborrhéique des régions inguinales.* (3° congrès international de Dermatologie, Londres, août 1896.)

véritablement comme des cas de contagion? Même en laissant de côté les arguments tirés de l'existence des parasites dans l'eczéma séborrhéique, le fait d'inoculation du morococcus publié par Unna, si on se place seulement au point de vue clinique, d'après les faits que nous avons observés, il nous semble bien difficile de nier la contagion ; tout malade atteint d'eczéma séborrhéique des régions inguinales doit être averti que son affection peut se transmettre par contagion.

MÉMOIRES DIVERS DE DERMATOLOGIE

19. — Des Névrodermies parasitophobiques (1)

Dans ce mémoire, nous montrons que l'origine, le point de départ, la cause première des dermatoses névrosiques prurigineuses résident dans une sorte d'état morbide particulier du système nerveux. Tous les malades qui en sont atteints appartiennent à une même classe, celle des névropathes et, pour certains d'entre eux, à celle des dégénérés.

Le plus souvent le dermatose s'observe à la suite d'une affection cutanée, telle que la gale, la phthiriase, qui met en jeu ou augmente la nervosité du sujet; dans des cas plus rares, c'est le nervosisme, c'est un état mental particulier qui donne naissance à la dermatose, sans cause connue, sans avoir été précédée d'infection parasitaire. Le premier groupe de faits comprend *les névrodermies parasitophobiques secondaires,* qui s'observent chez des névropathes, chez des émotifs ; le second groupe constitue les *névrodermies parasitophobiques primitives,* la dermatose n'est alors que la manifestation d'un délire hypochondriaque, d'une obsession de dégénéré.

Nous étudions dans ce travail ces deux espèces de névrodermies, en insistant particulièrement sur les parasitophobies primitives.

Les parasitophobies secondaires à une invasion réelle de parasites sont très fréquentes : chez les acaraphobes, les phthiriasiphobes, par exemple,

(1) *Des Névrodermies parasitophobiques. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1896.)

qui ont ou ont eu la gale ou la phthiriase, il ne s'agit pas de véritable phobie, mais de pseudo-phobie. Les malades ont, en effet, des raisons de s'inquiéter de leur état, mais ils s'inquiètent outre mesure ; ce sont des pusillanimes, ne conservant pas l'intégrité de leur jugement ; l'affection parasitaire dont ils sont atteints ou dont ils ne se croient pas guéris augmente leur nervosité naturelle, peut les rendre neurasthéniques, hypochondriaques, ce ne sont que des pseudo-phobiques Ils peuvent être comparés aux spermatorrhéiques, aux blennorrhéiques, aux syphiliphobes.

La syphiliphobie comme l'acaraphobie comporte un certain nombre de degrés. Tandis qu'elle ne peut être, chez un syphilitique, que l'exagération de craintes bien légitimes que doit lui inspirer la maladie parfois si grave dont il est atteint, elle constitue un véritable délire hypochondriaque lorsqu'elle se rencontre chez les individus exempts de tout accident spécifique actuel et surtout indemnes de toute infection antérieure. Si, au lieu d'être hantés par l'idée de syphilis, ces derniers le sont par celle d'une infection parasitaire, ils rentrent dans le groupe des névrodermies parasitophobiques primitives.

Celles-ci s'observent chez des individus non seulement indemnes de toute affection parasitaire, mais encore qui redoutent d'avoir été contaminés. On peut trouver chez ces sujets tous les degrés entre la peur raisonnable proportionnée à sa cause logique et la véritable phobie. Tous les degrés se rencontrent ici, comme se rencontrent d'autre part tous les degrés entre la raison et la folie ; suivant leur intensité et leur durée, les phobies peuvent être un signe de neurasthénie ou un stigmate de dégénérescence.

Les trois faits que nous rapportons dans ce travail rentrent dans cette dernière catégorie ; les troubles de sensibilité éprouvés par les malades du côté des téguments n'étaient que la manifestation d'un délire hypochondriaque, d'une obsession de dégénéré.

Ces névrodermies sont généralisées ou localisées. Les sensations subjectives qu'éprouvent les malades, l'état de leur peau malgré les grattages, leurs troubles psychiques, etc., sont des plus intéressants à étudier. Nous montrons qu'il ne s'agit plus de ces phobies si fréquentes chez les neurasthéniques, mais que ces malades, seulement occupés de leur idée fixe, sont de véritables aliénés, présentant une forme particulière de vésanie : hypochondrie avec obsession prurigineuse d'origine parasitaire.

20. — Des Eruptions d'origine sudorale (1)
(Pyodermites sudorales)

Ce mémoire contient la description d'une affection d'origine sudorale, les *pyodermites sudorales*, qui n'avait pas été signalée dans les divers ouvrages de dermatologie, dans les articles consacrés aux glandes sudoripares, aux sueurs, à la miliaire. Nous montrons que, quand les chaleurs de l'été sont excessives et continues, en même temps que les sudamina, les miliaires, on observe un grand nombre de dermites d'aspect furonculeux, qui sont de véritables pyodermites d'origine sudorale.

Ces pyodermites se voient par séries et coïncident manifestement avec les températures élevées ; elles sont fréquentes surtout chez les enfants, les femmes y sont plus prédisposées que les hommes ; elles sont localisées dans les régions où la peau est plus délicate et la sécrétion sudorale plus active ; les lieux de prédilection sont : la face, le cuir chevelu, le cou, le tronc, la partie supérieure et la région dorso-lombaire, enfin les membres supérieurs du côté de la flexion.

L'éruption est constituée par des nodosités plus ou moins volumineuses, dermiques ou hypodermiques, avec ou sans production de pus : tubercules non suppurés, papulo-pustules, quelques-unes accompagnées de dermite profonde, papulo-tubercules suppurant ou non. Les divers éléments peuvent être agglomérés, comme on l'observe souvent à la face, ils forment alors des surfaces mamelonnées irrégulières, la photographie annexée à ce travail permet bien de constater l'aspect que présentent les malades.

Abandonnées à leur évolution, ces pyodermites n'arrivent pas toutes à la suppuration, les éléments tuberculeux et papulo-tuberculeux restant indurés et finissant par disparaître peu à peu. La guérison est rapide si un traitement est institué et si le malade est placé dans de bonnes conditions hygiéniques. La durée et la terminaison des pyodermites sudorales, quoique plus longue que celles des éruptions miliaires, est bien différente de ce que l'on observe dans la furonculose.

Comme complication il faut noter quelques cas de dermites eczémateuses impétiginisées et des alopécies périfuronculeuses.

Au point de vue de la pathogénie, comme les sudamina et les miliaires,

(1) *Des Eruptions d'origine sudorale (Pyodermites sudorales)*. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1897.)

les pyodermites paraissent bien véritablement être consécutives au flux sudoral. Sous l'influence de celui-ci et de la congestion des téguments, le staphylocoque trouve un terrain tout préparé pour proliférer, acquérir une virulence plus grande et donne naissance à des folliculites, à des adénites ou à des périadénites. Il pénètre aussi bien dans les glandes sudoripares que dans les follicules pilo-sébacés l'examen histologique de deux nodosités suppurées a montré qu'il s'agissait bien d'*abcès sudoripares.*

21. — Cas divers de Sclérodermies (1).

Le groupe des dermato-scléroses comprend les espèces suivantes: la sclérodermie générale diffuse, la sclérodactylie seule ou associée à la sclérodermie des membres, du tronc et de la face; les sclérodermies localisées partielles en plaques (morphée) et dermatoscléroses en bandes. Ayant pu réunir des exemples de ces divers types, nous les avons présentés au Comité médical et fait suivre leurs observations d'une description sommaire de la maladie, en insistant sur les travaux récents publiés sur la pathogénie du processus sclérodermique.

Nos observations se rapportent : 1° à un cas de sclérodermie diffuse, progressive, chronique d'emblée chez un homme ; 2° à deux cas de sclérodactylie, l'un isolé, l'autre avec extension à la face, développés, tous les deux chez des femmes ; 3° à trois cas de morphée dont l'un siégeait sur l'abdomen, au niveau de l'ombilic, le second sur le sein, le troisième à plaques multiples sur le dos ; — ces trois faits ont été observés chez des femmes. 4° Les deux exemples de sclérodermies en bandes concernent : l'un un jeune garçon d'une dizaine d'années présentant une lésion en bande, avec rétraction des téguments, siégeant sur le territoire du nerf radial ; l'autre une fille de 12 ans chez laquelle le processus sclérodermique occupait la cuisse et la partie interne de la jambe.

22. — De la Rubéole (2)

Dans ce travail, nous faisons la relation d'une épidémie de rubéole ayant sévi à Marseille pendant les mois de février, mars et avril 1891. Les cas

(1) *Cas divers de Sclérodermies.* (Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1897.)
(2) *De la Rubéole.* (Comité médical des Bouches du Rhône, 1891.)

que nous rapportons établissent nettement la contagiosité, la bénignité, l'autonomie de la maladie; elle constitue, en effet, une entité morbide absolument distincte de la rougeole ou de la scarlatine. Sa période d'incubation est de 15 à 16 jours ; l'éruption est polymorphe, morbillo-scarlatiniforme ; le symptôme qui donne à cette fièvre éruptive un caractère distinctif est l'engorgement ganglionnaire, symétrique, souvent généralisé, plus ou moins marqué suivant les cas, que l'on constate principalement au niveau des ganglions cervicaux, dans les régions sous-occipitales, jugulaires et sous-maxillaires.

23 — Paralysie faciale périphérique consécutive à un zona cervico-occipital (1).

Les paralysies musculaires consécutives au zona ne sont pas très communes; le cas que nous publions dans ce travail a été observé à la suite d'un zona cervico-occipital. La paralysie faciale périphérique a apparu vers la fin de la seconde semaine, au moment de la dessiccation de l'éruption zostérienne, du même côté que celle-ci. Cette paralysie ne pouvait se rattacher à un refroidissement ; nous l'avons considérée comme consécutive à une névrite infectieuse, superficielle et passagère, névrite qui se serait propagée au nerf de la septième paire par les anastomoses nombreuses qui unissent les branches superficielles du plexus cervical au nerf facial.

24 — Lupus érythémateux (Séborrhée congestive de Hébra) (2). (SURVENU A LA SUITE D'UN VIOLENT CHOC MORAL.)

C'est une observation se rapportant à une jeune fille très impressionnable, fille de neuro-arthritiques, qui a ressenti, à la suite d'un tremblement de terre, un violent choc moral : à la suite de ce trouble, suppression des règles pendant trois à quatre mois et apparition de plaques, de lupus érythémateux à la face, au cuir chevelu et sur le corps. A chaque époque

(1) *Paralysie faciale périphérique consécutive à un zona cervico-occipital. (Marseille Médical*, 1892.)

(2) *Lupus érythémateux (Séborrhée congestive de Hébra) disséminé sur la face, le cuir chevelu, le tronc et les membres, survenu à la suite d'un violent choc moral.* (1er congrès international de Dermatologie, Paris, 1889, p. 757.)

menstruelle incomplète, avortée, les phénomènes de congestion, du molimen menstruel étaient marqués et de nouvelles plaques apparaissaient dans le voisinage des premières. — Quand les règles sont redevenues normales, les phénomènes nerveux et cutanés ont disparu. — Cette malade a parfaitement guéri, il ne reste plus que derrière les oreilles des cicatrices déprimées en rapport avec les plaques les plus caractérisées en ces points. Mariée, elle est mère de plusieurs enfants bien portants.

Pour interpréter l'influence non douteuse du choc moral sur la production de ce cas de lupus érythémateux, non faisions remarquer que, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature du lupus érythémateux, qu'il s'agisse d'une affection causée par le bacille de Koch, ou qu'il s'agisse d'une lésion ayant une autre origine, pour se développer, cette affection exige une modification spéciale de l'organisme. Dans les maladies attribuées à des microbes, le microbe n'est souvent qu'une cause occasionnelle, la maladie ne se fût pas développée si le microbe n'eût trouvé un terrain favorable à son évolution. Pour le bacille de Koch auquel un certain nombre d'auteurs attribuent l'origine du lupus érythémateux, ne sait-on pas que la question du terrain est capitale, ne sait-on pas que le bacille de Koch ne germe pas dans les milieux de culture ordinaires, qu'il lui faut des aliments spéciaux ? Dans ces conditions, il nous paraissait certain que la modification profonde apportée à l'organisme par un choc moral (modification qui s'est traduite en particulier par la perturbation des fonctions menstruelles,) a préparé le terrain pour l'évolution de la maladie, quelle que soit sa cause.

25. — **Indurations plastiques des corps caverneux** (1).

La rareté de cette affection singulière nous a décidé à publier les quelques cas que nous en avons observés ; nous les avons fait suivre d'une description sommaire de la maladie. Ce sont des cas d'induration plastique, de sclérose des corps caverneux, d'induration primitive, spontanée, indépendante de tout état pathologique anterieur, en dehors des maladies vénériennes, des causes traumatiques ou des inflammations du pénis. Les

(1) *Indurations plastiques. Sclérose des corps caverneux* (Comité médical des Bouches du Rhône, 1891.)

malades que nous avons observés étaient des arthitriques invétérés, des goutteux; aucun n'était diabétique.

26. — **Note sur la fréquence, les formes, les localisations de l'Impetigo chez les enfants** (1).

Dans cette note, nous montrons qu'après les eczémas, l'impétigo est la dermatose observée le plus souvent chez les enfants; sur 272 enfants atteints d'affections cutanées et soignés pendant une année, nous avons relevé 65 cas d'impetigo. C'est la face qui est le plus souvent atteinte; 32 fois : les lésions se présentent sous la forme de pustules isolées, ou de placards croûteux, ou de surfaces eczémateuses impétiginisées. De la face l'impétigo s'étend aux cavités narinaires, aux yeux (conjonctivite et kératite phlycténulaires), aux commissures labiales, à la bouche (stomatite impétigineuse), aux doigts (tournioles).

Les épidémies de familles sont fréquentes; les complications notées, ont été les adénites suppurées, la furonculose, etc.

PATHOLOGIE CUTANÉE EXOTIQUE

27. — **Divers cas de Lèpre tuberculeuse et mutilante** (2).
28. — **De la Filaire de Médine** (3).
29. — **Observations de Chiques (puces des sables)** (4).

Cette série de mémoires contient un certain nombre d'observations d'affections cutanées exotiques qui se rencontrent assurément à Marseille plus souvent que dans toute autre ville de province. C'est ainsi que nous avons pu recueillir des cas de *Lèpre*, de *Clou de Biskra*, de *Filaire de Médine*, de *Chiques*.

(1) *Note sur la fréquence, les formes et localisations de l'Impétigo chez les enfants*. (Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1892.)
(2) *Cas de Lèpre*. (Ibid. 1892.)
(3) *De la Filaire de Médine*. (Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris, 1896.)
(4) *Observations de Chiques*. (*Marseille Médical*, 1897.)

Les cas de lèpre que nous avons observés se répartissent ainsi : deux hommes venant de Rio de Janeiro, deux femmes, dont une arrivait de Bourbon, l'autre, une religieuse de l'Indo-Chine (de Moulmein), enfin un homme venant du Mexique; les quatre premiers cas présentaient la forme tuberculeuse, le cinquième la forme mutilante.

La *Filaire de Médine*, que nous avons observée sur un nègre arrivant du Dahomey, nous a montré que ce n'est pas une affection négligeable : de graves accidents peuvent se produire pendant l'extraction du parasite qui est le plus souvent en rapport avec les vaisseaux et les nerfs plantaires, enroulé autour des tendons du pied, etc. Si le ver est cassé, les phlegmons circonscrits ou diffus ne sont pas rares aussi bien sur les indigènes que sur les Européens; difficilement soignés dans les pays chauds et sur des troupes en marche, de graves complications peuvent survenir et quelquefois même des cas de mort.

Les Chiques sont plus bénignes; nous en avons vu plusieurs cas chez des hommes arrivant du Congo et du Dahomey. L'extraction de la chique est facile, mais, la fréquence de ce parasite étant très grande chez les indigènes et même chez les Européens, à la suite d'opérations répétées souvent, on peut observer le développement de lymphangites, d'abcès, voire de phlegmons, de gangrène et même le tétanos.

THÉRAPEUTIQUE

30.— Traitement des Acnés rebelles par la cautérisation ignée (1).
31.— De la Médication ignée dans les maladies de la Peau (2).
32.— Note sur le traitement de la Pelade en aires (3).
33.— De l'Iodisme (4).

Certaines variétés d'acnés, qu'elles soient indolentes ou irritables, sont rebelles à tous les topiques ; beaucoup de malades, d'ailleurs, surtout des

(1) *Traitement des Acnés rebelles par la cautérisation ignée*.(*Bulletin Médical*, n° 74, 19 septembre 1894.)

(2) *De la médication ignée dans les maladies de la Peau*. (In thèse du Dr Bagarry, Paris, 1894.)

(3) *Note sur le traitement de la Pelade en aires*. (Comité Médical des Bouches-du-Rhône, 1892.)

(4) *De l'Iodisme*. (*Marseille Médical*, 1892.)

jeunes filles ou des jeunes femmes, sont essentiellement intolérants pour toute substance irritante appliquée sur le visage et ne supportent pas même les médications les plus anodines.

Dans ces cas, les cautérisations ignées avec le galvano-cautère, appliquées d'une manière régulière et méthodique, rendent les plus grands services. L'action de l'ignipuncture est sûre, précise, bénigne, d'une innocuité parfaite ; elle met à l'abri des auto-intoxications et favorise très favorablement la région acnogène.

Nous publions dans ce travail les observations des malades que nous avons traités par la méthode ignée. Chez tous, qu'il se soit agi d'acné érythémato-pustuleuse irritable, d'acné erythémato-pustuleuse et tuberculeuse avec télangiectasies, d'acné phlegmoneuse, comédonienne, atrophique, kéloidienne de la nuque, miliaire, les résultats ont été très favorables.

De la Médication ignée dans les maladies de la peau

Dans la thèse du Dr Bagarry, faite sous notre inspiration et avec des documents recueillis dans notre policlinique, la médication ignée est étudiée dans un grand nombre d'affections cutanées. L'auteur en décrit le manuel opératoire, il en précise le mode d'application, il en démontre les avantages et l'importance qu'elle doit prendre en dermatalogie.

Note sur le traitement de la Pelade en aires

Dans cette note nous faisons la critique des nombreuses médications et recettes de tous genres préconisées à chaque instant ; nous montrons que nous ne sommes pas en possession d'un traitement qu'on puisse appeler le traitement de la Pelade ; nous sommes réduits, ce qui est bien autrement complexe et difficile, à traiter des peladiques.

De l'Iodisme (1)

(Cas d'érythème noueux du a l'iodure de potassium)

Les inconvénients, quelquefois même les dangers de la médication iodurée sont bien connus ; parmi les accidents cutanés, les cas d'érythème noueux sont assez rares et utiles à connaître, car, chez un ancien syphiliti-

(1) *De l'Iodisme. Cas d'érythème noueux dû à l'iodure de potassium. (Marseille Médical,* 1892.)

que soumis à l'iodure, l'apparition de nodosités pourrait faire croire à l'existence de gommes contre lesquelles des doses plus élevées du médicament seraient indiquées.

L'observation publiée dans ce travail se rapporte à un ancien syphilitique devenu tabétique, chez lequel les phénomènes d'intolérance par l'iodure ne se sont manifestés que tardivement après un long usage du médicament auquel il était accoutumé. Chez lui, les accidents ont revêtu la même forme éruptive (érythème noueux) chaque fois que l'on a voulu le soumettre de nouveau à l'iodure de potassium, même à doses faibles. Ce fait, signalé par M. le professeur Fournier, est intéressant à rappeler; on sait, en effet, que lorsque les accidents d'iodisme se sont produits, ils se produisent toujours, sur le même individu, de la même manière : chez l'un c'est toujours du purpura, chez un autre une éruption bulleuse, chez le troisième des phénomènes œdémateux que l'on observe. Le malade peut, dit M. E. Besnier, exécuter ces accidents sur commande ; pour toutes les éruptions médicamenteuses, ce n'est pas le médicament, c'est le malade qui fait l'éruption.

II. — SYPHILIGRAPHIE

34. — Note à propos de quelques cas de Syphilis héréditaire tardive (1).

En 1883, notre excellent maître M. le professeur Fournier devait faire une série de leçons sur la syphilis héréditaire tardive ; il était donc nécessaire d'accumuler des observations claires, précises, évidentes. C'est dans ce but que nous avons publié ces faits recueillis dans le service de M. le professeur Fournier ; nous les avons étudiés avec soin et discutés sévèrement au point de vue du diagnostic avec la syphilis acquise et la scrofulo-tuberculose.

Dans un certain nombre de ces observations sur lesquelles nous nous sommes appuyés dans ce mémoire, rien ne manque au point de vue de l'hérédosyphilis tardive : antécédents spécifiques manifestes de la mère, début de la syphilis maternelle deux à trois ans avant la naissance de l'enfant, existence d'accidents spécifiques maternels avant, pendant et après la conception ; polyléthalité dans la famille ; et chez l'enfant: lésions dentaires, cicatrices multiples de la peau et des fesses, lésions oculaires, otorrhée, arrêt de développement considérable, guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Dans d'autres observations, bien que les antécédents des parents soient inconnus, la polyléthalité dans la famille, l'arrêt de développement, les lésions des dents, les cicatrices fessières font admettre par exclusion le diagnostic de syphilis héréditaire tardive.

Dans ces diverses observations portant sur des sujets de 16 à 20 ans, les caractères objectifs des lésions avaient l'aspect de celles de la scro-

(1) *Note à propos de quelques cas de Syphilis héréditaire tardive*, en collaboration avec le professeur Leloir. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1883, p. 135.)

fulo-tuberculose, — surtout dans un cas où un examen un peu superficiel aurait pu faire croire à un lupus vorax des muqueuses. La syphilis héréditaire avait donc pris chez nos sujets une apparence strumeuse des plus frappantes ; aussi est-il probable, comme le fait remarquer souvent M. Fournier, qu'un grand nombre de malades considérés comme scrofuleux sont tout simplement des sujets atteints de manifestations tardives de la syphilis héréditaire. Il ne faut donc pas, avec les médecins anciens, dire que la syphilis produit la scrofule, mais dire que la syphilis héréditaire tardive prend souvent l'aspect de la scrofule.

Dans toutes les observations que nous avons relatées, un traitement antisyphilitique actif a promptement enrayé la marche des lésions, empêché de graves désordres et amené la cicatrisation.

Un de ces faits a été reproduit dans le traité de Syphilis héréditaire tardive de M. le professeur Fournier (pp. 418 et 427).

35. — Observation type de Syphilis héréditaire tardive (1)

Dans ce travail, nous rapportons une observation particulièrement intéressante, en ce que le malade a présenté réunies au complet les manifestations pathognomoniques de la syphilis héréditaire tardive. D'une part, la mère a contracté la syphilis deux ans avant sa première grossesse ; sur ses huit grossesses, on note un avortement, trois enfants morts en bas âge de syphilis infantile, trois vivants et bien portants (ceux qui sont nés les derniers) ; l'aîné de cette famille fait le sujet de l'observation. On trouve donc ici en première ligne ce signe majeur, sur lequel insiste tant M. le professeur Fournier, à savoir la polyléthalité dans la famille. D'autre part, notre malade a présenté les trois symptômes si importants qui constituent la triade d'Hutchinson, c'est-à-dire la surdité, la kératite, les malformations dentaires ; il avait de plus une double hydarthrose des genoux. La surdité était absolue. (Ce cas a été rappelé et relaté par M. le professeur Fournier dans son ouvrage sur la Syphilis héréditaire tardive, p. 241.)

(1) *Observation type de Syphilis héréditaire tardive*, en collaboration avec F. Lavergne. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 443, IIe série, t. IV, 1883.)

36.— Contribution à l'étude des Chancres extra-génitaux (1).

Nous avons été les premiers internes de M. le professeur Fournier à publier la statistique des chancres extra-génitaux observés dans le service de la clinique dermato-syphiligraphique de l'Hôpital Saint-Louis. Depuis cette époque, chaque année cette statistique a été dressée; notre maître le professeur Fournier vient, à l'aide de ces documents recueillis sous sa direction et avec ses observations inédites, de tracer l'étude, dans un de ses derniers ouvrages, « *des Chancres extra-génitaux* ».

Dans notre travail, nous attirons l'attention sur le grand nombre de ces chancres et principalement sur la large place du chancre céphalique. Ils passaient autrefois pour excessivement rares, pour une véritable curiosité; ils abondent et surabondent dans les services de Saint-Louis, depuis qu'on les a mieux étudiés, qu'on a appris à les mieux connaître : s'ils passaient inaperçus auparavant, ils n'échappent plus aujourd'hui à l'œil de l'observateur.

37. — Note sur un cas de Syphilis vaccinale (2).

Le plus grave des reproches adressés à la vaccine humaine, c'est d'être un instrument de propagation de la vérole; les contaminations de cet ordre sont rares; dans le nouveau fait que nous avons rapporté, la vaccination avait été pratiquée par une sage-femme de la ville; l'enfant vacciné et syphilisé contamina sa mère qui l'allaitait: elle eut un chancre du sein, suivi d'une syphilis grave.

En présence des dangers que peut faire courir la vaccine humaine, même pratiquée par des hommes expérimentés, on comprend les propositions que M. le professeur Fournier formulait devant l'Académie de médecine : « Tout vacciné sera vacciné avec des instruments à lui, ne devant jamais toucher que lui. — Les vaccinations faites par les soins de l'Académie ne seront plus faites désormais qu'avec le vaccin animal. »

(1) *Contribution à l'étude des Chancres extra-génitaux*, en collaboration avec F. Lavergne. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2e série, t. V, 1884, pp. 332 et 380.)

(2) *Note sur un cas de Syphilis vaccinale* (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 654 ; 3e série, t. I, 1890.)

38. — **Des Injections mercurielles dans le traitement de la Syphilis** (1).

Dans ce travail nous passons en revue les perfectionnements que l'expérience a permis d'apporter à la technique de cette méthode, les avantages et les inconvénients des préparations mercurielles solubles et insolubles; enfin, nous faisons connaître les résultats thérapeutiques auxquels nous sommes arrivés dans notre pratique courante. Ces résultats ont été remarquables dans un cas de chancre phagédénique, dans la syphilis maligne précoce, dans la syphilis palmaire psoriasiforme, dans la syphilis linguale, laryngée, oculaire, dans certains accidents tertiaires rebelles aux autres procédés de mercurialisation. Pendant le traitement par les injections de calomel, une paralysie du moteur oculaire commun chez un tabétique a disparu à la quatrième injection; il est difficile de savoir si c'est une simple coïncidence ou si cette disparition doit être portée à l'actif des injections de calomel.

(1) *Des injections mercurielles dans le traitement de la Syphilis.* (Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1896.)

III. — VÉNÉRÉOLOGIE

39. — **Blennorrhagie aiguë. Balano-posthite gangréneuse. Pleurésie diaphragmatique. Arthrite sterno-claviculaire. Phlébite double des membres inférieurs. Guérison** (1).

Dans le cours d'une blennorrhagie aiguë, une balano-posthite phlegmoneuse, prenant le caractère gangréneux, devint l'origine d'une pleurésie diaphragmatique, d'une phlébite double des membres inférieurs, d'une arthrite sterno-claviculaire. Ce fait est intéressant en ce qu'il présente un exemple d'infections secondaires : une première infection, la balano-posthite ouvre la porte à une seconde, sorte de pyohémie atténuée, pyohémie se rapprochant beaucoup de l'infection puerpérale, et par la porte d'entrée génitale et par la pleurésie et par la phlébite des membres inférieurs.

La pleurésie diaphragmatique a marqué la première étape de l'infection. Pour expliquer le développement de la phlébite double, on peut supposer que des veines de la verge, les micro-organismes ont gagné les veines du bassin et ont provoqué là une endophlébite qui s'est accompagnée de la formation d'un caillot, lequel s'est étendu dans les veines des membres inférieurs. Ce serait un mécanisme analogue à celui de la phlébite puerpérale ; mais, dans ce cas, la phlébite est généralement unilatérale ; ici, elle est double : par suite, on peut se demander si les mêmes causes qui ont déterminé l'apparition de la phlébite à gauche n'ont pas également existé à droite.

(1) Premier congrès international de Dermatologie. Paris, 1889, p. 646.

40. — Des Déterminations cutanées de la Blennorrhagie (1).

Nous avons étudié dans cette monographie, à l'aide des observations anciennes et de faits inédits personnels, la question des dermopathies blennorrhagiques. Nous avons d'abord montré que cette question reste des plus complexes malgré l'existence du gonocoque constatée et affirmée dans le pus blennorrhagique : les théories microbiennes n'ont pas apporté une grande clarté dans la pathogénie des manifestations extra-urétbrales de la chaude-pisse. Il semblait pourtant logique que la blennorrhagie étant considérée non seulement comme une affection parasitaire, mais comme une maladie générale d'emblée, virulente, à l'idée ancienne des métastases devait succéder le fait des gonorrhéides ; le sang étant infecté par la blennorrhagie, il s'agissait d'une infection microbienne, de la gonohémie. Mais, pour que cette théorie si séduisante de la gonohémie pût être acceptée, il fallait que l'examen du sang et des liquides épanchés dans les articulations et les bourses séreuses démontrât d'une façon constante l'existence du gonocoque.

Cette démonstration, que l'on croyait acquise dans les premiers temps qui ont suivi la découverte du gonocoque, est aujourd'hui battue en brèche par la plupart des observateurs ; les faits négatifs se sont multipliés, les faits positifs n'ont pas été reproduits.

Aussi la question mérite-t-elle d'être reprise, et c'est en faisant la critique des observations publiées et en nous appuyant sur les faits inédits que nous rapportions, que nous arrivions aux conclusions suivantes :

La blennorrhagie, dans l'immense majorité des cas, est une maladie parasitaire, pouvant présenter des déterminations locales (orchite, cystite, prostatite, etc.) et des déterminations à distance (rhumatisme, éruptions, etc.).

Les déterminations cutanées doivent être rangées parmi les localisations exceptionnelles de la maladie. Ces éruptions sont polymorphes, scarlatiniformes, rubéoliformes ; elles n'ont aucun caractère spécifique, pas de caractères objectifs constants ni exclusifs pouvant les distinguer des érythèmes survenus sous l'influence d'autres causes externes ou internes.

(1) *Des Déterminations cutanées de la Blennorrhagie*. (*Annales de Dermatologie*, 1890, pp. 773-792 et pp. 859-865.)

La pathogénie des érythèmes survenant dans le cours de la blennorrhagie est complexe : *ils dérivent directement soit de la blennorrhagie, soit des balsamiques.* La blennorrhagie, peut, en effet, s'accompagner d'érythèmes, même en dehors de toute intervention médicamenteuse. On ne peut dire aujourd'hui que ces érythèmes soient dues à la gonohémie (absence du gonocoque dans le sang et dans les liquides articulaires). Ces éruptions sont rarement sous la dépendance d'infection secondaire à la laquelle la blennorrhagie a ouvert la voie ou préparé le terrain. D'ordinaire ce sont des érythèmes angio-nerveux dont la blennorrhagie a déterminé la production par action sur le système vaso-moteur.

Les balsamiques et en particulier le copahu produisent le plus ordinairement des troubles gastro-intestinaux, mais ils peuvent produire des toxidermies érythémateuses ; ils ne sont pourtant pas directement pathogènes ; il semble qu'il faut, pour qu'ils se produisent, que le terrain soit déjà préparé par la blennorrhagie.